



Absender:

Name:
Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Ort/Datum:

**Kündigung wegen Doppelversicherung
Versicherungsnummer:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass ich mit meinem Lebenspartner

(Vorname, Nachname, ggf.Geburtsname, geboren am, in)

Unterschrift